(cc) BY

DOI: 10.22625/2072-6732-2024-16-2-106-109

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕДКОГО ОСЛОЖНЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА, АССОЦИИРОВАННОГО С ВИРУСОМ ЭПШТЕЙНА – БАРР

И.А. Отмахова[1], О.Л. Соболевская[1], А.С. Белоусова[1], Т.М. Харитонова[1], В.Д. Шпилевский[2]
[1] Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород, Россия
[2] 422-й военный госпиталь, Нижний Новгород, Россия

A clinical case of a rare complication of infectious mononucleosis associated with the Epstein-Barr virus

I.A. Otmakhova[1], O.L. Sobolevskaya[1], A.S. Belousova[1], T.M. Kharitonova[1], V.D. Shpilevsky[2]
[1] Privolzhsky Research Medical University, Nizhny Novgorod, Russia
[2] 422 military hospital, Nizhny Novgorod, Russia

Резюме

Данный клинический случай описывает редкое клиническое осложнение инфекционного мононуклеоза, ассоциированного с вирусом Эпштейна — Барр, у пациента 19 лет. Проанализированы актуальные литературные источники, история болезни, данные обследований и выписной эпикриз пациента. Разрыв селезенки — крайне редкое осложнение, развивающееся у 1% пациентов на фоне инфекции. При этом диагностика осложнения не составляет больших трудностей — необходимо проведение ультразвукового исследования органов брюшной полости в динамике в случае появления клиники разрыва (особенно важны критические дни болезни — 10—20-й день). Но из-за редкости многие клиницисты забывают о возможности развития данного осложнения. Основной целью работы является привлечение внимания и настороженности к потенциально летальному осложнению инфекционного мононуклеоза.

Ключевые слова: *инфекционный мононуклеоз, разрыв селезенки, летальное осложнение.*

Abstract

This clinical case describes a rare clinical complication of infectious mononucleosis associated with Epstein-Barr virus in a 19-year-old patient. The current literature sources, medical history, examination data and discharge epicrisis of the patient are analyzed. Rupture of the spleen is an extremely rare complication that develops in 1% of patients against the background of infection. At the same time, the diagnosis of the complication is not very difficult — it is necessary to conduct ultrasound of the abdominal organs in dynamics in the event of a rupture clinic (critical days of the disease are especially important — 10-20 days). But due to its rarity, many clinicians forget about the possibility of developing this complication. The main purpose of the work is to attract attention and alertness to the potentially fatal complication of infectious mononucleosis.

Key words: *Infectious mononucleosis, rupture of the spleen, fatal complication.*

Введение

Инфекционный мононуклеоз (ИМ) — острое инфекционное заболевание, характеризующееся интоксикацией с лихорадкой, поражением печени, селезенки, лимфопролиферативным синдромом: острый тонзиллофарингит, полилимфаденопатия, характерные изменения гемограммы (появление в крови больших атипичных лимфоцитов, являющихся активированными CD8-клетками). ИМ регистрируется преимущественно у детей и лиц молодого возраста [1]. Заболевание встречается повсеместно в виде спорадических случаев, эпидемические вспышки встречаются очень редко. ИМ чаще протекает благоприятно, однако возможно развитие осложнений: миокардит, интерстициальная пневмония, энцефалит, разрыв селезенки, асфиксия (вследствие фаринготонзиллярного отека), паралич черепных нервов, в том числе паралич Белла, менингоэнцефалит, полиневрит, синдром Гийена — Барре, гемолитическая анемия, тромбоцитопеническая пурпура, апластическая анемия, синдром мальабсорбции [1, 2]. Спонтанный разрыв селезенки является редким, но потенциально смертельным осложнением ИМ, развивающимся у 1% пациентов на 10—20-й день болезни [3]. По данным систематического обзора Johannes M.A. Totiat at el. (2023), за последние 50 лет была найдена 171 статья по инфекционному мононуклеозу, вызванному вирусом Эпштейна — Барр, документирующие 186 случаев разрыва селезенки и 29 случаев инфаркта селезенки в европейских странах [4]. Авторы статьи показали, что у 84% пациентов с тяжелой степенью тяжести болезни и у 58% пациентов со средней и легкой степенью тяжести болезни была проведена спленэктомия. Безусловно, эти показатели неполные, поскольку далеко не все случаи спонтанного разрыва селезенки

фиксируются в научных публикациях. Но, несмотря на редкую встречаемость этого осложнения, частота летальных исходов в результате разрыва селезенки высокая — от 4,8% до 30% [5—7]. Диагностика разрыва не составляет больших трудностей, и в большинстве случаев диагноз может быть поставлен с помощью ультразвукового исследования. Однако редкая встречаемость, недостаточное количество описанных клинических случаев в литературе снижают настороженность врачей, что приводит к запоздалой диагностике данного осложнения.

Цель исследования — демонстрация клинического случая редкого осложнения инфекционного мононуклеоза — спонтанного разрыва селезенки.

Материалы и методы исследования

Проанализированы данные анамнеза, истории болезни, данные исследований, консультаций и выписной эпикриз пациента.

Клинический случай

Пациент М. 19 лет, заболел остро. На третий день болезни поступил в инфекционное отделение с жалобами на повышение температуры до 39,0°С, боль в горле, сухой кашель, насморк, общую слабость, головную боль. Данные объективного осмотра: состояние средней тяжести, температура 37,8°С, пульс 98 ударов в минуту, ритмичный. АД 110/70 мм рт.ст. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Носовое дыхание затруднено, гнусавый оттенок голоса, слизистая задней стенки глотки, передней небной дужки слева, небных миндалин гиперемирована. Миндалины гипертрофированы с гнойным налетом в лакунах. Углочелюстные лимфоузлы увеличены до 2,0 см, эластичные, болезненные при пальпации. Пальпируются шейные, подмышечные и паховые лимфоузлы до 1,0 см, при пальпации безболезненные. Язык влажный, обложен белым налетом. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 1,0 см ниже края реберной дуги по средне-ключичной линии, верхняя перкуторная граница с 5-го ребра. Селезенка пальпируется на 1,0 см ниже реберной дуги, перкуторно верхняя граница с 8-го ребра. Осмотр ЛОР-врача: данных за паратонзиллярный абсцесс нет. Предварительный диагноз: «Лакунарная ангина средней степени тяжести. Инфекционный мононуклеоз?»

По результатам общего анализа крови при поступлении (4-й день болезни): выявляется относительный и абсолютный лимфомоноцитоз, лейкоцитоз. В биохимическом анализе крови: умеренное повышение активности печеночных трансаминаз, содержания общего билирубина за счет прямой и непрямой фракций.

На 4-й день болезни было проведено ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости. Селезенка: увеличена в размерах (12,1×6,8 см), однородной структуры, средней эхогенности. Заключение: умеренная спленомегалия. С учетом результатов ОАК, БАК, данных УЗИ органов брюшной полости диагноз был изменен: инфекционный мононуклеоз, средней степени тяжести. Было назначено лечение: цефтриаксон, реамберин, глюконат кальция, ацикловир.

На 8-й день болезни состояние пациента без ухудшения — средней тяжести, температура оставалась повышенной до 38°С. По результатам объективного обследования по органам — без динамики.

По результатам общего анализа крови на 8-й день болезни выявляется выраженная тромбоцитопения, появление недифференцированных клеток до 30%, тени Боткина — Гумпрехта. Для исключения гематологического заболевания мазок крови был направлен на консультацию гематолога. Заключение гематолога по мазку крови: полиморфизм лимфоидных клеток с выраженной базофильной цитоплазмой; данные результаты указывают на вирусную этиологию заболевания.

На 10-й день болезни были получены положительные результаты серологического исследования на антитела к раннему антигену вируса Эпштейна — Барр IgG, к капсидному белку вируса Эпштейна — Барр IgM, к капсидному белку вируса Эпштейна — Барр IgG.

На 10-й день болезни по данным объективного исследования: состояние средней тяжести, температура 38,5°С. Печень при пальпации на 2,0 см ниже края реберной дуги по среднеключичной линии, перкуторно верхняя граница с 5-го ребра. Селезенка на 2,0 см ниже края реберной дуги, безболезненная, перкуторно с 7-го ребра. Отклонений со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, мочеполовой систем выявлено не было.

Данные УЗИ органов брюшной полости в динамике на 10-й день болезни: селезенка увеличена в размерах (15,6×6,8×6,4 см), структура однородная, эхогенность средняя. В верхнем полюсе селезенки округлое образование, структура неоднородная с эхогенными включениями, контуры ровные 3,9×2,5 см (рис.). Заключение: спленомегалия; объемное образование селезенки (киста?). Больной был консультирован хирургом. Заключение хирурга: на момент осмотра в хирургическом вмешательстве не нуждается. УЗИ органов брюшной полости в динамике через 10 дней.

УЗИ органов брюшной полости на 21-й день болезни: селезенка 12,4×6,5 см, в верхнем полюсе селезенки округлое образование с эхогенными включениями (нити фибрина), размеры 3,9×3,1 см. Заключение: умеренная спленомегалия, объемное образование селезенки (киста? Организующа-

Рис. УЗИ селезенки на 10-й день болезни

яся гематома?). Заключение хирурга: на момент осмотра в хирургическом вмешательстве не нуждается. С учетом динамики УЗИ вышеуказанные изменения в паренхиме селезенки были расценены как спонтанный разрыв селезенки. В схему лечения был добавлен транексам.

На фоне проводимой противовирусной, дезинтоксикационной терапии наблюдается положительная динамика: состояние больного улучшилось, температура нормализовалась, уровень печеночных трансаминаз снизился, в общем анализе крови нормализовалось общее количество лейкоцитов, однако сохранялся относительный лимфоцитоз (табл.). С учетом консультативного заключения хирурга хирургическое вмешательство по поводу разрыва селезенки пациенту не проводилось.

На 23-й день болезни по данным объективного исследования: состояние удовлетворительное, температура 36,6°С, пульс 70 ударов в минуту, ритмичный. АД 110/70 мм рт.ст. Кожные покровы, слизистые чистые, физиологической окраски, носовое дыхание свободное. Все группы лимфатических узлов не увеличены, при пальпации безболезненные. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени и селезенки по данным перкуссии несколько уменьшились. Пациент был выписан из стационара под наблюдение врача-инфекциониста и хирурга в поликлинику на 23-й день болезни.

Заключительный клинический диагноз: «Инфекционный мононуклеоз, ассоциированный с вирусом Эпштейна — Барр, тяжелой степени тяжести». Осложнения: «Спонтанный разрыв селезенки».

Заключение

Спонтанный разрыв селезенки при инфекционном мононуклеозе является редким осложнением. Вероятность его развития выше у коморбидных пациентов с хронической патологией, детей, спортсменов [8, 9]. При обнаружении гематомы в селезенке без разрыва капсулы и при условии отсутствия необходимости хирургического лечения за рассасыванием гематомы во время пребывания в больнице (при необходимости и амбулаторно после выписки из стационара) следует установить ультразвуковой мониторинг.

Приведенное клиническое наблюдение спонтанного разрыва селезенки подтверждает необходимость повысить внимание врачей-инфекционистов,

Таблица

Результаты общеклинического и биохимического анализа крови пациента в динамике

Лабораторный показатель, единицы измерения	При поступлении пациента	На 8-й день болезни	При выписке пациента
Результаты, общеклинический анализ крови			
Лейкоциты, 10^9/л	15,5	12,7	4,7
Тромбоциты, 10^9/л	119	80	208
Эритроциты, 10^{12}/л	4,4	4,5	4,5
Лимфоциты, %	53	53	68
Моноциты, %	12	2	4
Палочкоядерные нейтрофилы, %	9	7	2
Сегментоядерные нейтрофилы, %	26	26	24
Результаты, биохимический анализ крови			
Аланинаминотрансфераза, Ед/л	459	318	77
Аспартатаминотрансфераза, Ед/л	269	177	42
Билирубин общий, мкмоль/л	37,6	19	15
Билирубин прямой, мкмоль/л	10	5	3
Билирубин непрямой, мкмоль/л	27	14	12

участковых педиатров и терапевтов, врачей общей практики и скорой медицинской помощи в отношении возможных осложнений инфекционного мононуклеоза, особенно при сохраняющейся лихорадке. От своевременной диагностики осложнения зависит правильность врачебной тактики и последующая диспансеризация больного, что может оказаться определяющим в прогнозе заболевания.

Литература

1. Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. — (Серия «Национальные руководства»). — DOI: 10.33029/9704- 6122-8-INB-2021-1-1104. -Библиогр.: 795-803с.- ISBN 978-5-9704-6122-8.

2. Разгуляева, А.В. Современные представления об этиологии, патогенезе, клинике и лечении инфекционного мононуклеоза у детей / А.В. Разгуляев, О.П. Уханова, С.М. Безроднова // Наука. Инновации. Технологии. — 2016. — № 15 (1). — С. 30—34.

3. Charlotte Ruth Baker and sid Kona, «spontaneous splenic rupture in a patient with infectious mononucleosis», BmJ Case Rep. 2019; 12(9): e230259.

4. Toti JMA, Gatti B, Hunjan I, Kottanattu L, Faré PB, Renzi S, Bianchetti MG, Milani GP, Lava SAG, Camozzi P. Splenic rupture or infarction associated with Epstein-Barr virus infectious mononucleosis: a systematic literature review. Swiss Med Wkly. 2023 May 17;153:40081. doi: 10.57187/smw.2023.40081. PMID: 37245117.

5. Gatica C, Soffia P, Charles R, Vicentela A. Rotura esplénica espontánea secundaria a mononucleosis infecciosa [Spontaneous splenic rupture secondary to infectious mononucleosis]. Rev Chilena Infectol. 2021 Apr;38(2):292-296. Spanish. doi: 10.4067/S0716-10182021000200292. PMID: 34184721. BMJ Case Rep. 2017 Jan 24;2017:bcr2016218405. doi: 10.1136/bcr-2016-218405. PMID: 28119438; PMCID: PMC5278331.

6. Kwok AMF. Atraumatic splenic rupture acute Epstein-Barr virus infection: A case report and review of literature. World J Gastrointest Surg. 2019 Dec 27;11(12):433-442. doi: 10.4240/wjgs.v11.i12.433. PMID: 31879535; PMCID: PMC6912070.

7. Dunmire SK, Hogquist KA, Balfour HH. Infectious Mononucleosis. Curr Top Microbiol Immunol. 2015;390(Pt 1):211-40. doi: 10.1007/978-3-319-22822-8_9. PMID: 26424648; PMCID: PMC4670567.

8. Goltzman G, Nagornov S, Horwitz M, Rapoport MJ. [Epstein-Barr virus infections in adults: a diagnostic challenge]. Harefuah. 2000 Apr 16;138(8):640-3, 711. Hebrew. PMID: 10883203.

9. Sylvester JE, Buchanan BK, Paradise SL, Yauger JJ, Beutler AI. Association of Splenic Rupture and Infectious Mononucleosis: A Retrospective Analysis and Review of Return-to-Play Recommendations. Sports Health. 2019 Nov/Dec;11(6):543-549. doi: 10.1177/1941738119873665. Epub 2019 Sep 24. PMID: 31550435; PMCID: PMC6822211.

References

1. Infectious diseases: national guidelines / edited by N. D. Yushchuk, Yu. Ya. Vengerov. — 3rd ed., reprint. and add. — Moscow: GEOTAR-Media, 2021. — (Series "National Guides"). — DOI: 10.33029/9704- 6122-8- INB-2021-1-1104 -Bibliogr.: 795-803 p.- ISBN 978-5-9704-6122-8.

2. Razgulyaeva A.V., Ukhanova O. P., Bezrodnova S.M. — Modern ideas about the etiology, pathogenesis, clinic and treatment of infectious mononucleosis in children // Nauka. Innovation. Technologies. 2016;15(1):30-34

3. Charlotte Ruth Baker and Sid Kona, "Instantaneous incision of the spleen in a penguin with injectable mononucleosis", BmJ Clinical Journal, 2019; 12(9): e230259.

4. Toti Y.M., Gatti B., Hunyan I., Kottanattu L., Fare P.B., Renzi S., Bianchetti M.G., Milani G.P., Lava S.G., Camozzi P. Rupture of the spleen or infarction associated with infectious mononucleosis caused by the Epstein-Barr virus: a systematic review of the literature. Swiss Medical Journal Wkly. 2023, May 17;153:40081. doi: 10.57187/smw.2023.40081. Identification number: 37245117.

5. Gatika S., Soffia P., Charles R., Vicentela A. Spontaneous rupture of the spleen secondary to infectious mononucleosis. An overview of the Chilean infection. 2021, April; 38(2):292-296. Spanish. doi: 10.4067/S0716-10182021000200292. Identification number: 34184721. BMJ representative on the case, January 24, 2017;2017:bcr2016218405. doi: 10.1136/bcr-2016-218405. PMID: 28119438; PMCID: PMC5278331.

6. Kwok A.F. Acute infection caused by the Epstein-Barr virus in atraumatic rupture of the spleen: a clinical case and a literature review. The World Health Organization. December 27, 2019;11(12):433-442. doi: 10.4240/wjgs.v11.i12.433. PMID: 31879535; PMCID: PMC6912070.

7. Dunmire S.K., Hogquist K.A., Balfour H.H. Infectious mononucleosis. The current issue of the journal Microbiol Immunol. 2015;390(Part 1):211-40. doi: 10.1007/978-3-319-22822-8_9. PMID: 26424648; PMCID: PMC4670567.

8. Goltsman G., Nagornov S., Horvitz M., Rapoport M.Y. Infections caused by the Epstein-Barr virus in adults: the problem of diagnosis. Garefois. April 2000 16;138(8):640-3, 711. A Jew. Identification number: 10883203.

9. Sylvester J.E., Buchanan B.K., Paradise S.L., Jaeger J. J., Boitler A.I.. The relationship of spleen rupture and infectious mononucleosis: a retrospective analysis and review of recommendations for returning to the game. Sports health. November/December 2019;11(6):543-549. doi: 1177/1941738119873665. Epub, September

Авторский коллектив:

Оттмахова Ирина Андреевна — доцент кафедры инфекционных болезней Приволжского исследовательского медицинского университета, к.м.н.; тел.: 8 (906) 360-49-48, e-mail: inf.bol@pimunn.net

Соболевская Оксана Львовна — профессор кафедры инфекционных болезней Приволжского исследовательского медицинского университета, д.м.н.; тел.: 8 (831) 421-50-69, e-mail: Sol5584@yandex.ru

Белоусова Алина Сергеевна — студент V курса лечебного факультета Приволжского исследовательского медицинского университета; тел.: +7-951-909-22-86, e-mail: inf.bol@pimunn.net

Харитонова Татьяна Максимовна — студент V курса лечебного факультета Приволжского исследовательского медицинского университета; тел.: +7-930-695-20-48, e-mail: inf.bol@pimunn.net

Шпилевский Виктор Дмитриевич — врач-инфекционист 422-го военного госпиталя; тел: 8(831)428-76-69, e-mail: inf.bol@pimunn.net